



DIVISION OF CHILD CARE AND EARLY LEARNING
FAMILY CHILD CARE HOME

**REGISTRO DE CUIDADO DE NIÑOS
EN EL HOGAR**
CHILD CARE HOME REGISTER

FECHA DE COMIENZO DE CUIDADO DEL NIÑO	FECHA DE TERMINACIÓN DE CUIDADO DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	NOMBRE USADO	FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR	TELÉFONO DE LA CASA (Y CÓDIGO DE AREA)	TELÉFONO DEL TRABAJO (Y CÓDIGO DE AREA)

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DEL TRABAJO (O DE DONDE SE LO PUEDE ENCONTRAR CUANDO EL NIÑO ESTÁ A NUESTRO CUIDADO)	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR	TELÉFONO DE LA CASA (Y CÓDIGO DE AREA)	TELÉFONO DEL TRABAJO (Y CÓDIGO DE AREA)

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DEL TRABAJO (O DE DONDE SE LO PUEDE ENCONTRAR CUANDO EL NIÑO ESTÁ A NUESTRO CUIDADO)	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

OTRAS PERSONAS A QUIENES HAY QUE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
Parentesco:		Trabajo: Casa:

ADEMÁS DE USTED, ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA RETIRAR AL NIÑO?

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
		Trabajo: Casa:
		Trabajo: Casa:
		Trabajo: Casa:

¿QUIÉN NO TIENE PERMISO PARA RETIRAR AL NIÑO?

NOMBRE	RAZÓN

INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISACIÓN MÉDICA DEL NIÑO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
---	--	---------------------------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	---------------

Problemas especiales de salud:	Alergias, incluyendo las reacciones a los medicamentos:
--------------------------------	---

Medicamentos regulares:	Otros datos pertinentes:
-------------------------	--------------------------

NOMBRE DEL DENTISTA DEL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
------------------------------	---------------------------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	---------------

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO DEL NIÑO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	MIEMBRO/NÚMERO DE PÓLIZA
----------------------------------	--------------------------

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL EMPLEADOR
---------------------------------	----------------------

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	MIEMBRO/NÚMERO DE PÓLIZA
----------------------------------	--------------------------

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL EMPLEADOR
---------------------------------	----------------------

CONSENTIMIENTO PARA DAR ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO A NIÑOS MENORES

Por la presente, doy permiso para que mi hijo, _____, reciba tratamiento de emergencia de un proveedor de cuidado de niños calificado, en _____,

NOMBRE Y DIRECCIÓN

Quando no se puedan comunicar conmigo, yo autorizo y doy consentimiento para que un médico con licencia, proveedor de cuidado de la salud o asistente de ambulancia u hospital le dé a mi hijo tratamiento médico, quirúrgico y atención hospitalaria y se le hagan los procedimientos necesarios, cuando sea necesario o aconsejado por un médico o asistente de ambulancia, para preservar la salud de mi hijo. Yo abandono el derecho de dar consentimiento informado para tal tratamiento.

También doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia o automóvil de auxilio a un centro de emergencia para su tratamiento.

Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Washington que lo anterior es correcto y verídico.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	FECHA	FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	FECHA
--------------------------------	-------	--------------------------------	-------

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
-----------	--------	---------------	-----------------------------